

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

567

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 19 juillet 1899, à 9 heures.

Par VICTOR YMBERT

Né à Paris le 23 janvier 1872.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

FISTULE PYO-STERCORALE

Consécutive à l'Appendicite

Président : M. LE DENTU, professeur.

*Juges : { MM. POIRIER, professeur.
MAUCLAIRE et FAURE, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899

567

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N —

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 19 juillet 1899, à 9 heures.

Par VICTOR YMBERT

Né à Paris le 23 janvier 1872.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

FISTULE PYO-STERCORALE

Consécutive à l'Appendicite

Président : M. LE DENTU, professeur.
Juges : { MM. POIRIER, professeur.
MAUCLAIRE et FAURE, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

—
1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	HUTINEL.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	N.....
	CHANTEMESSE
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	BERGER.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	BUDIN.
	PINARD.

Agrévés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ACHARD.	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ALBARRAN.	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
ANDRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BONNAIRE	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (Aug.)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BROCA (André).	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHARRIN	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
CHASSEVANT	LAUNOIS	TEISSIER	
DELBET	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques.: M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
M. LE PROFESSEUR LE DENTU

Professeur de Clinique chirurgicale à l'hôpital Necker.
Membre de l'Académie de Médecine.
Officier de la Légion d'honneur.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
FISTULE PYO-STERCORALE

Consécutive à l'appendicite

AVANT-PROPOS

En arrivant au terme de nos études, c'est pour nous tout à la fois un devoir et une satisfaction de cœur d'adresser un respectueux témoignage de reconnaissance aux maîtres dont la bienveillance et les savantes leçons nous ont aplani les difficultés du début.

Nous offrons particulièrement l'expression de notre vive gratitude : à M. le professeur Le Dentu qui a bien voulu faire à son élève l'honneur d'accepter la présidence de son jury de thèse.

A M. le Dr Mauclaire qui a toujours encouragé nos efforts et qui a eu l'obligeance de nous indiquer

le sujet que nous allons traiter, et de mettre à notre disposition deux observations tirées de sa pratique personnelle.

A M. le Docteur Cuffer dont nous avons suivi les cliniques avec un intérêt soutenu, et, nous osons l'espérer, non sans profit.

A M. le professeur Pinard et à ses distingués collaborateurs, MM. les D^{rs} Bouffe de Saint-Blaise et Funcke-Brentano qui nous ont initié avec une patience jamais lassée aux nombreuses manœuvres usitées en obstétrique.

A M. le D^r Picqué auquel nous devons deux importantes observations, extraites pour nous de ses dossiers.

INTRODUCTION

La fistule pyo-stercorale a été consciencieusement étudiée par Blin dans sa thèse inaugurale du 16 octobre 1879, et son travail, étayé de nombreux documents, a fait autorité.

Depuis lors, d'intéressantes contributions sont venues s'ajouter à ses recherches et il peut sembler, au premier abord, que le sujet soit à peu près épuisé.

Il n'en est pas ainsi, selon nous.

En effet, l'impulsion donnée, il y a environ douze ans, par les Américains à la pathologie jusque-là fort obscure de l'appendice, a éclairé la question d'un jour nouveau et permis de rattacher à l'appendicite des cas de fistules pyo-stercorales considérées auparavant comme conséquences de la typhlite, de la pérityphlite, du phlegmon périnéphrétique ou de l'abcès de la fosse iliaque.

Nous avons donc pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de reprendre cette étude en l'envisageant sous ce nouveau point de vue, ce qui nous a conduit à passer en revue l'étiologie, l'anatomie et la physio-

logie pathologiques, le diagnostic, le pronostic et le traitement de la fistule pyo-stercorale consécutive à l'appendicite.

Avant d'aborder ces étapes successives de notre modeste contribution, nous entrerons dans notre sujet par la définition de la fistule qui va nous occuper et par quelques considérations sur sa fréquence.

CHAPITRE I

Définition. Fréquence.

a. — Un foyer purulent vient-il à s'ouvrir d'une part dans l'intestin, d'autre part à la peau ; cette dernière ouverture livre-t-elle passage à du pus mélangé avec des matières stercorales ? Nous voici en présence d'une fistule *pyo-stercorale*.

L'usage a consacré ce qualificatif adopté par Blin pour désigner la fistule ainsi définie ; nous ferons remarquer toutefois que Blin ne l'avait choisi que parce qu'il lui semblait propre à indiquer l'ordre dans lequel se fait l'apparition des matières secrétées : le pus d'abord, les matières fécales consécutivement. Or, ce mode d'apparition, bien que très fréquent, n'est pas constant. Assez souvent pus et matières fécales suivent une évolution parallèle. Sous réserve de cette observation nous nous conformons à l'usage établi.

La fistule stercorale, lorsqu'elle reconnaît une origine appendiculaire, constitue un type particulier,

et c'est ce type que nous nous proposons d'étudier ici, à l'exclusion de l'anus artificiel consécutif à l'étranglement herniaire et des autres trajets fistuleux susceptibles de laisser s'écouler des matières fécales.

Une de nos observations établira toutefois qu'un anus contre nature n'est pas incompatible avec les suites de l'appendicite (Obs. II).

Le petit nombre d'observations que nous avons pu réunir ne concerne que des fistules dotées d'un orifice cutané. Il nous aurait plu de rencontrer dans cette catégorie quelque fistule dite de l'espace pelvi-rectal supérieur ; mais notre espoir a été déçu.

Nous écarterons de notre sujet le genre de fistules d'origine appendiculaire suivant :

Après simple incision d'un abcès péri ou para-appendiculaire, ou après appendicectomie, il persiste une fistule purulente qui ne prend fin que lors de l'expulsion par la même voie d'un calcul stercoral, d'un débris alimentaire ; cette expulsion peut être spontanée ou succéder à une tentative de dilatation du trajet fistuleux.

Il est constant qu'à un moment donné on a trouvé dans le pansement du pus et des concrétions stercorales ; mais outre le caractère instantané de cette issue, les scybales ainsi expulsés ne ressemblent en rien aux matières fécales qu'on a coutume de voir s'écouler par les fistules stercorales ou pyo-stercorales. Il manque pour constituer la fistule stercorale un élément essentiel, à savoir l'orifice intestinal ; on

n'assiste qu'à l'expulsion d'un corps étranger qui entretenait la suppuration par sa présence.

b. — La fistule pyo-stercorale est-elle chose commune ? C'est une complication assez rare de certains abcès de la cavité abdominale, disait Blin en 1879. Récemment (1898) après avoir passé en revue les différents modes de terminaison de la péri-appendicite suppurée, MM. Monod et Vanverts ajoutent : le pus peut *enfin*, en se dirigeant vers l'extérieur, venir pointer sous les téguments de la région abdominale antérieure ou postérieure ; la peau rougit, puis s'ulcère et livre passage à un écoulement purulent ou pyo-stercoral.

Nous nous hâterons d'ajouter que le nombre des cas de fistules pyo-stercorales, déjà assez faible naguère, s'est encore sensiblement restreint depuis que leur cause première est bien connue.

C'est à la sémiologie aujourd'hui bien précisée de l'appendicite, à la résection de l'appendice iléo-cœcal, que nous sommes redevables de cette heureuse diminution.

L'honneur en revient aux chirurgiens et aux cliniciens qui ont fait des symptômes de cette maladie et de son traitement l'objet de leurs laborieuses investigations.

CHAPITRE II

Etiologie.

La plupart des causes énoncées par Blin des abcès périnéphrétiques, des abcès des fosses iliaques droite et gauche, de la pérityphlite suppurée, telles que le froid, les corps étrangers, l'engouement stercoral, les fatigues par marche excessive, les faux pas suivis d'effort pour se préserver d'une chute, ne sont à vrai dire que de simples causes occasionnelles. Aussi cet auteur se rendait-il compte de leur insuffisances bien que ce fussent alors les seules invoquées, quand il ajoutait comme conclusion de leur exposé : « On voit que ce sont celles habituellement signalées pour ces affections et qu'il n'y a rien là qui puisse expliquer leur terminaison par fistule pyo-stercorale ».

Il a fallu l'écroulement de la théorie d'Albers de Bonn sur la typhlite et la pérityphlite pour ramener à son vrai point de départ l'origine des abcès précités.

L'accord est aujourd'hui presque unanime : perforation du vermium ou même lésion inflammatoire sans perforation de cet organe, telle est l'origine de la plupart de ces foyers qui peuvent être appelés à constituer la cavité intermédiaire caractéristique de la fistule pyo-stercorale.

Mais avait-on attendu l'autopsie de Gambetta ou les travaux des écoles américaine et anglaise pour songer au rôle étiologique joué par l'appendice iléo-cœcal dans la production des phénomènes qui nous occupent ?

Non certes. Déjà de nombreux auteurs l'avaient pressenti et presque déterminé. Les citer tous serait fastidieux et nous ne retiendrons, en suivant l'ordre chronologique de leurs travaux, que les noms de Mélier 1827, Burne 1838, Grisolle 1839, Forget 1853, Bartholow 1866, Leudet 1869, Follin et Duplay, 1878, Trélat 1881.

Il nous paraît possible, en examinant les cas anciennement publiés de fistules pyo-stercorales d'y soupçonner, par la relation de quelque symptôme caractéristique, la lésion primitive de l'appendice.

Voici en effet un extrait d'une observation, due à Trecourt (1769), qui nous semble fort éloquent.

F..., 48 ans. Douleur à trois doigts au-dessous de l'ombilic et à droite. Au bout d'un mois abcès, ouverture artificielle... Fistule stercorale 15 jours après... Mort au bout de 17 jours. Pas d'autopsie.

Le lecteur moderne n'est-il pas immédiatement tenté de localiser cette douleur au point de Mac-

Burney, localisation, comme on le sait, pathogénomique de l'appendicite ?

Il nous serait facile de multiplier les exemples retraçant les symptômes bien connus de l'appendicite subaiguë, de l'appendicite à rechutes, simulant comme l'appendicite le fait quelquefois, le tableau de l'étranglement interne ; nous nous en tenons cependant à celui que nous venons de citer en raison de son ancienneté. Qu'on songe qu'il y a aujourd'hui cent trente ans qu'il a été rapporté.

Tâchons maintenant de faire parler les nombres pour étayer nos dires.

Si nous analysons les 18 observations que Blin a rangées sous l'étiquette de la pérityphlite suppurée, nous y comptons six morts et douze guérisons.

De ces six morts, cinq ont été suivies d'autopsie et quatre fois l'appendice a été trouvé plus ou moins lésé.

Voici la description de ces lésions :

Premier cas. — Cavité intermédiaire formée par l'appendice reporté en haut, adhérent à la paroi abdominale, écaille de noix à son intérieur.

Deuxième cas. — Lésions anciennes de l'appendice.

Troisième cas. — Gangrène de l'appendice béant dans l'abcès.

Quatrième cas. — Appendice iléo-cœcal détruit.

Ce qui donne la proportion énorme de 80 o/o de fistules pyo-stercorales reconnaissant une origine

appendiculaire dûment constatée par l'examen nécroscopique.

Voyons à présent les 12 guérisons : 5 sont, à notre avis, nettement imputables à l'appendicite ; car on a retrouvé dans les matières excrétées par le trajet fistuleux des corps durs, noyaux de cerise, pépins de raisin, etc., etc., hôtes habituels du canal de l'appendice. C'est donc à l'actif de l'origine appendiculaire 41, 6 o/o des cas, la perforation du vermium étant évidente.

Mais, nous l'avons déjà dit, point n'est besoin de cette perforation pour que puisse se développer l'abcès nécessaire à la constitution de la fistule pyostercorale. De ce fait, ce chiffre de 41, 6 o/o se trouve encore bien au-dessous de la réalité ; et notre conviction ira encore en s'affermissant quand nous nous rappellerons que nous avons affaire ici à des cas guéris, c'est-à-dire à des cas où la preuve de l'origine cœcale attribuée à l'abcès n'a pas été faite.

Discuterons-nous aussi longuement la possibilité de l'origine appendiculaire de l'abcès périnéphrétique ? Nous arriverions à la même conclusion, et si l'on en veut avoir une preuve convaincante, on n'a qu'à se reporter au procès-verbal de la séance de la Société de Chirurgie du 10 juillet 1895. On y trouvera citée par M. Gérard-Marchant une observation remarquable d'abcès périnéphrétique consécutif à l'appendicite. Nos observations VI et VII montreront des abcès de ce genre accompagnés de fistule pyostercorale.

Restent les abcès gauches ; mais Termet et Vanverts n'ont-ils pas réuni 18 cas d'appendicite développée dans la fosse iliaque ou l'hypochondre gauches ; et M. Guinard n'a-t-il pas montré que ces cas, qu'on rencontre surtout chez les enfants, sont dûs à l'ectopie du cœcum et de son appendice dans la partie gauche de la cavité abdominale ?

C'est donc à l'appendice que nous ferons remonter, à quelques exceptions près, le processus qui doit aboutir à l'établissement de la fistule pyo-stercorale.

Quant à l'appendicite, on sait qu'elle peut se réclamer de trois origines : cause locale, affection intestinale, cause générale ; nous n'avons pas à insister sur ce point.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique.

En^e se reportant à la définition donnée au chapitre I de la fistule pyo-stercorale, on voit que nous aurons à décrire ici au point de vue anatomo-pathologique :

- 1° La cavité intermédiaire ;
- 2° L'orifice intestinal ;
- 3° L'orifice cutané ;
- 4° Le trajet fistuleux qui fait communiquer entre eux ces trois éléments et permet au mélange de pus et de matières fécales de se déverser au dehors.

Cette description serait encore incomplète si l'on n'y ajoutait les lésions de voisinage consécutives à la période d'état de la fistule pyo-stercorale.

1° *Cavité intermédiaire.* — Primitivement considérée comme siégeant toujours dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, les recherches anatomiques de Trèves, de Tuffier, de Fergusson ont démontré que la cavité en question, loin d'être extra-péritonéale,

était le plus souvent, au moins primitivement, intra-péritonéale. De là une nomenclature nouvelle basée sur une distinction de siège, créant des abcès péri-appendiculaires et des abcès para-appendiculaires qui répondent, les premiers, à la péritonite suppurée circonscrite, les autres à l'ancienne pérityphlite.

Examinons les caractères distinctifs de ces deux ordres d'abcès.

a. — Abcès péri-appendiculaire. — Cet abcès est généralement unique. Il se peut cependant qu'une seconde collection s'ouvre à son intérieur par un pertuis étroit ou s'en trouve complètement isolée. Sa capacité, très variable, peut contenir de quelques gouttes à un litre et plus de liquide. Remarquons en passant, avec M. Brun, que la quantité de liquide qui s'écoule après l'incision n'est jamais en rapport avec le volume apparent de la tuméfaction, ce volume étant dû surtout aux exsudats périphériques.

La paroi de la collection est constituée par des adhérences dont la résistance s'accroît avec la durée de l'affection. Le plus souvent l'appendice, dévié de sa direction normale, s'enchâsse dans cette paroi au point de laisser croire à son absence.

Le contenu se présente sous l'aspect d'un liquide séro-purulent ou franchement purulent, d'une fétidité particulière accompagné de gaz, de corps étrangers d'origine appendiculaire, de matières fécales.

On peut même y trouver des lambeaux sphacelés de provenance intestinale, des débris gangrénés de

l'appendice et parfois encore cet organe entier spontanément amputé.

La richesse de ce milieu en microbes est incalculable.

Le *bacterium coli commune* adjoint au streptocoque y est le plus souvent rencontré; on y a aussi signalé l'association du *bacterium coli*, dont la présence est constante, avec le staphylocoque, le pneumocoque et divers saprophytes. Notons encore la présence également constante, d'après certains auteurs, d'anaérobies qui reconnaîtraient à leur actif la fétidité du pus, la tendance à la gangrène et les symptômes d'intoxication qu'on a coutume de rencontrer dans ces sortes d'abcès.

b) *Abcès para-appendiculaires*. — Ils peuvent être quelquefois primitifs; ils sont le plus souvent secondaires.

Primitifs, l'inflammation de l'appendice ne s'est pas propagée au péritoine, cheminant jusqu'au tissu cellulaire sous-péritonéal entre les lames d'un méso, venant se réfléchir sur les parois de la fosse iliaque. Elle peut aussi s'étendre à ce tissu en empruntant les voies du système lymphatique de l'appendice. Il arrive encore qu'à la suite de poussées inflammatoires antérieures, des adhérences se sont établies entre l'appendice et le péritoine pariétal; une perforation consécutive peut donc s'ouvrir dans le tissu cellulaire.

Secondaires, les abcès para-appendiculaires reconnaissent pour cause l'ouverture d'une collection pri-

mitivement intra-péritonéale ou bien la propagation de l'inflammation péritonéale.

La constitution de leurs parois varie suivant la région envahie ; des muscles infiltrés, des aponévroses disséquées en forment la plupart du temps le squelette.

Le contenu de la poche semblable, à de rares exceptions près, à celui des abcès péri-appendiculaires, vient encore témoigner en faveur de l'origine intra-péritonéale de ces abcès devenus extérieurs à la séreuse.

Leur volume, fort variable, sera d'autant plus considérable que l'affection aura été abandonnée à elle-même.

Le siège de ces abcès est loin d'être constant, subordonné qu'il est aux capricieuses variétés de position de l'appendice et aux arrêts de la migration du cœcum porteur de ce dernier.

Gerster avait cru pouvoir classer en cinq groupes les abcès d'origine appendiculaire, susceptibles en conséquence de donner lieu à l'établissement d'une fistule pyo-stercorale. Voici sa classification :

- | | | |
|---|----------------------------|---|
| 1 | Abcès ilio-inguinal | } les plus communs
dans l'ordre suivi. |
| 2 | — postérieur (rétro-cœcal) | |
| 3 | — antérieur. | |
| 4 | — rectal. | |
| 5 | — mésocœliaque. | |

On eût pu croire ce nombre suffisant ; mais les observations recueillies depuis l'ont encore singulière-

rement grossi. C'est ainsi qu'on peut ajouter à la liste précédente des abcès :

De la fosse iliaque et de l'hypogastre gauches.

De la cavité de Retzius, (Brun).

Rétro-rénal.

Rétro-colique.

Sous-diaphragmatique.

Scrotal.

En résumé, comme il appert de la conclusion de M. le Dr Mauclair à la fin de ses conférences sur l'appendicite, (*Conférences de Pathologie externe*, semestre d'été) ces abcès peuvent siéger en un point quelconque de la cavité abdominale, dans le petit bassin, et même se développer en dehors de ce dernier (abcès scrotal, Obs. IX).

Enfin, il est de nombreux cas où une collection énorme empiète d'une région sur une autre.

Disons encore un mot sur l'aspect que présente la cavité intermédiaire à l'autopsie : la paroi, généralement formée par les adhérences qui unissent entre eux les organes voisins, est irrégulière, anfractueuse, tomenteuse, bosselée ici, presque polie là, parfois creusée de diverticules et même cloisonnée. Sa consistance, variable suivant les points considérés, donnera dans un de ces points une sensation de mollesse, dans un autre, d'induration, dans un autre encore, de squirrhe (Sédillot).

Elle est tapissée intérieurement par une membrane pyogénique hérissée de bourgeons.

On peut trouver à l'intérieur de la cavité des sail-

lies molles, tomenteuses, flottantes; elles sont constituées par un segment d'intestin, le plus souvent par l'appendice iléo-cœcal frappé de gangrène qui plonge, béant, dans le foyer de l'abcès et y verse à plein canal une partie du contenu de l'intestin.

La description des adhérences et l'étude de leur mode de développement nous entraîneraient trop loin. Nous ne ferons que rappeler à cette occasion le rôle protecteur joué par l'épiploon dans l'appendicite à siège antérieur, latéral interne.

2° *Orifice intestinal.* — L'étiologie appendiculaire, que nous nous sommes appliqué à rendre plus évidente, du plus grand nombre des fistules pyo-stercorales, limite d'après nos recherches, la localisation de l'ostium intestinal au cœcum et à l'appendice.

Le siège cœcal de l'orifice ne peut être nié dans le cas où, à la suite de l'appendicectomie, un écoulement pyo-stercoral succède à cette opération. Il ne peut l'être non plus dans le cas où l'orifice en question s'ouvre précisément au point d'insertion du diverticule iléo-cœcal à l'extrémité inférieure du cœcum. La possibilité de l'ouverture, de dehors en dedans, d'appendicites suppurées dans le cœcum, n'a-t-elle pas été envisagée par M. Brun, quoiqu'il considère ce fait comme assez rare et susceptible de se produire seulement chez des sujets dont la gravité de l'affection a été méconnue ou qui ont été opérés trop tard.

Le siège appendiculaire de ce même orifice n'est pas discuté. Des observations anciennes font men-

tion de sa constatation; n'a-t-on pas vu, d'ailleurs, dans des cas où l'hésitation était permise entre le diagnostic de perforation du cœcum et celui de perforation de l'appendice coexistant avec une fistule pyo-stercorale, n'a-t-on pas vu, disons-nous, l'ablation de l'appendice amener la guérison de l'infirmité et déceler ainsi le point par où se faisait l'épanchement stercoral ?

Grand serait notre désir de faire parler les nombres, mais les quelques observations que nous avons pu rassembler, ne nous permettent pas d'être trop affirmatif.

La description macroscopique et l'examen histologique de ces perforations ont été l'occasion d'un grand nombre de travaux. Citons parmi les noms de leurs auteurs ceux de Blin, Hartmann et Gosset, Letulle et Weinberg, Brun.

Nous en aurons fini avec l'étude anatomo-pathologique de l'orifice intestinal, quand nous aurons dit que les perforations du cœcum n'occupent ordinairement qu'un segment de ce canal, tandis que celles de l'appendice peuvent présenter tous les degrés de transition depuis le simple pertuis jusqu'à la section de la totalité de sa circonférence, soit en un point éloigné du cœcum, soit au voisinage même de l'union du cœcum avec l'appendice.

Ajoutons qu'on considère actuellement les abcès péri ou para-appendiculaires comme déversant de préférence leur contenu purulent dans l'intestin grêle. Il n'y aurait donc rien de téméraire à envisa-

ger cette portion du tube digestif comme pouvant encore servir de siège à l'ouverture interne du trajet fistuleux pyo-stercoral. Mais les observations de fistules pyo-stercorales de ce genre que nous avons pu consulter et qui sont au nombre de trois, restant muettes sur le chapitre de l'appendice, nous autorisent seulement à émettre cette hypothèse.

3° *Orifice cutané.* — Nous avons peu de chose de nouveau à dire sur l'orifice cutané, aussi nous sommes-nous contenté de classer suivant les régions qu'ils occupent les orifices des 72 cas de fistule pyo-stercorale réunis par Blin. Nous avons, en ne tenant compte que des 63 cas où le siège, droit ou gauche, était bien déterminé, obtenu les chiffres suivants :

Fosse iliaque droite	26
Région péri-ombilicale.	13
Aîne droite	5
Fosse iliaque gauche	5
Régions lombaire et ilio-lomb. dr.	4
Région lombaire gauche	3
Cuisse droite	2
Aphoph. épineuse p. sup.	1
Hypogastre	1
Pubis	1
Flanc gauche	1
Aîne gauche.	1

Sur ces 63 cas, 38 siègent à droite, 10 à gauche ; les 15 restant sont médians antérieurs ou postérieurs.

Si l'on se reporte à nos observations, on voit que les orifices de la fosse iliaque ou de la région lom-

baire droite y sont les plus communs. Ce fait correspond à la fréquence des abcès ilio-inguinal et rétro-cœcal droit et est peut-être dû à l'intervention immédiate du chirurgien se trouvant en présence d'une collection purulente. On comprend que dans ces conditions la migration du pus est entravée avant d'avoir parcouru toutes ses phases, ce qui pourrait expliquer, en partie, le peu de diversité de localisation des orifices ainsi constitués.

Disons encore qu'on a vu des fistules pyo-stercorales laisser passer par leur orifice externe la totalité des matières intestinales, constituant ainsi un véritable anus contre nature. On en trouvera un exemple dans notre observation II.

4° *Trajet fistuleux.* — Généralement unique; assez souvent multiple, auquel cas un trajet principal livre seul passage aux matières de provenance intestinale. Ce trajet principal, le premier en date, est aussi le dernier à s'oblitérer. Longueur variable, 3 à 12 centimètres. Calibre inconstant, d'une plume d'oie à la circonférence de l'index, irrégulier pour une même fistule. Paroi tapissée par une membrane molle, granuleuse, vasculaire, susceptible de s'indurer.

5° *Lésions de voisinage.* — Concurrément à l'existence de la fistule pyo-stercorale, on a constaté rarement la péritonite généralisée; bien plus souvent la péritonite chronique enkystée s'accompagnant de l'adhérence des anses intestinales entre elles et avec l'épiploon; d'où la production du gâteau induré de Trélat, facteur d'une grande importance dans le pro-

nostic opératoire. On peut constater dans les cas de phlegmon iliaque le ramollissement et l'inflammation des muscles psoas et iliaque ; on a même rapporté des exemples de carie de l'os des îles.

CHAPITRE IV

Physiologie pathologique.

La fistule pyo-stercorale, consécutive à l'appendicite, peut reconnaître trois modes de formation différents :

1° La péri-appendicite suppurée ou l'abcès para-appendiculaire s'ouvrent primitivement à la peau. Ce n'est qu'après l'établissement d'une fistule purulente simple que se perfore l'intestin et que s'écoule alors à l'extérieur le mélange de matières fécales et de pus.

2° Ces mêmes abcès s'ouvrent d'abord dans l'intestin ; l'orifice externe ne s'établit que postérieurement et livre passage à un liquide qui contient, dès son apparition, des matières fécales en suspension dans du pus.

3° La perforation intestinale est le symptôme primitif, l'abcès reconnaît pour cause un épanchement stercoral ; pus et épanchement stercoral viennent

faire saillie à la peau; leur écoulement par l'orifice cutané se fait de pair.

De ces trois modes, le premier et le second sont les plus fréquents. C'est la présence d'un abcès purulent simple, précédant la période d'état de la fistule, qui avait incité Blin comme on l'a dit plus haut à appeler cette dernière pyo-stercorale.

Le troisième ne présente pas ces phases successives, et c'est lui qui nous a fait faire dans notre Introduction des réserves sur le sens spécial attaché par Blin à l'épithète de « pyo-stercorale ». Ici, en effet, l'évolution des phénomènes, aboutissant à la fistule confirmée, se manifeste sous une forme bien différente: son début c'est la perforation de l'appendice, perforation se produisant dans des conditions telles que c'est un pus souillé de matières fécales qui s'accumule dans la cavité intermédiaire dont le développement est subordonné à l'existence de cet épanchement.

Deux processus nous semblent découler de ce troisième mode. Dans le premier l'appendice, dont le canal est resté perméable, est porteur d'une large perforation ou bien même amputé, soit en partie, soit dans sa totalité. Le second processus est encore plus tranché; le canal appendiculaire, au lieu de s'ouvrir comme dans les cas précédents, dans la cavité intermédiaire, se dilate énormément et il va constituer à lui seul cette même cavité. Le trajet fistuleux fera donc communiquer directement l'intestin avec l'extérieur, créant ainsi, soit une fistule ster-

corale, soit un véritable anus contre nature (Obs. II). Blin avait signalé un cas de ce genre, mais l'avait porté à l'actif de la pérityphlite. Voici quelle était la lésion qu'avait permis de constater l'autopsie :

Cavité formée par l'appendice vermiforme reporté en haut, adhérent à la paroi abdominale ; court trajet fistuleux ; écaille de noix dans l'appendice.

Les différentes éventualités qui président à l'établissement de la fistule pyo-stercorale étant étudiées, cherchons s'il n'existe pas de relation entre le siège des orifices intestinal et cutané et celui de la cavité intermédiaire.

Si l'on veut bien se rappeler les différentes situations que peut occuper le cœcum dans la cavité abdominale et celles que peut prendre l'appendice par rapport au cœcum, on se convaincra que la plupart des orifices intestinaux doivent se localiser sur l'un ou sur l'autre de ces deux organes. Il se peut cependant, surtout en ce qui concerne les abcès à distance, que la perforation porte sur un des autres segments de l'intestin, gros ou grêle, situé plus près de ces abcès.

Si l'on cherche encore vers quel point des téguments tend à se faire jour le pus des abcès dits de Gerster, on voit qu'à plusieurs d'entre eux correspond une zone, généralement constante, où viendra aboutir le trajet fistuleux.

C'est ainsi que l'abcès ilio-inguinal intra-péritonéal s'ouvre au-dessus de l'arcade de Fallope ; de même l'abcès ilio-inguinal sous-péritonéal se per-

fore à l'aine; l'abcès antérieur reconnaît un orifice soit ombilical, soit péri-ombilical; l'abcès rétro-cœcal vient pointer dans la région ilio-lombaire; l'abcès scrotal à la surface du scrotum; le phlegmon de la cavité de Re'zius auquel, en raison des troubles digestifs qui le précèdent, on tend à attribuer de plus en plus une origine appendiculaire, s'évacue par un orifice pubien ou hypogastrique.

Les autres abcès se vident de préférence dans les viscères voisins. Encore ne serions-nous pas étonné, nous l'avons déjà dit, de rencontrer une fistule péri-néale amenant au dehors le contenu d'un abcès pelvien.

Nous estimons, partageant en cela les vues de notre maître, M. le Dr Mauclaire, que tous ces orifices cutanés, livrant passage au pus de provenance appendiculaire, peuvent donner issue à l'écoulement pyo-stercoral.

Le fait est déjà confirmé pour les orifices siégeant dans la fosse iliaque droite et à la région lombaire.

Il existe des exemples de fistules pyo-stercorales venant déboucher dans la région hypogastrique, mais nous devons dire que l'étiologie de ces dernières n'a pu être dûment contrôlée.

Nous devons donc attendre que de nouvelles recherches aient élucidé la question, et l'attention étant attirée sur ce point, nous ne doutons pas que de nombreuses observations ne viennent bientôt confirmer nos aperçus qui paraissent peut-être un peu osés aujourd'hui.

Ceci dit, demandons-nous quel mécanisme préside à l'établissement de la fistule pyo-stercorale contemporaine d'un abcès dit « à distance » ou d'un abcès qui n'a plus avec l'appendice aucune communication. Pourquoi l'orifice interne peut-il se perforer avant l'externe ou réciproquement? Nous verrons dans une moindre résistance des obstacles rencontrés, dans un voisinage plus immédiat, la réponse à cette question.

Il nous reste quelques mots à dire sur les suites que peut comporter l'intervention du chirurgien opérant un sujet atteint d'appendicite. Deux cas peuvent se présenter selon qu'il s'agit de la simple incision d'une collection pyo-stercorale d'origine appendiculaire, ou de l'opération dite appendicectomie. De ces deux cas relèvent les fistules actuellement constatables d'origine appendiculaire, les fistules spontanées ne se rencontrant plus, ou mieux n'ayant plus le temps d'arriver au terme de leur évolution.

L'incision simple, généralement pratiquée au point culminant du foyer pyo-stercoral, crée une véritable fistule pyo-stercorale sur laquelle nous n'avons rien à dire de particulier.

L'appendicectomie, au contraire, présente quelques particularités intéressantes en ce sens qu'elle peut être suivie ou de véritables fistules pyo-stercorales, ou de fistules simulant pour un moment celles-ci, ou de fistules stercorales simples.

Voici dans quelles conditions ces diverses fistules peuvent être observées :

1° Appendice excisé, abcès péri ou para-appendiculaire vidé, un épanchement pyo-stercoral s'établit d'emblée. On se trouve en présence d'une perforation intestinale : Fistule pyo-stercorale.

2° Appendice excisé, foyer vidé. Persistance d'une fistule purulente qui devient bientôt pyo-stercorale. On se trouve en présence d'une perforation intestinale, terminaison d'un processus térébrant qui a continué sa marche après l'intervention, ou de l'ouverture d'un second foyer.

3° Appendice excisé, foyer vidé ou simples exsudats plastiques. Il est resté après l'opération une fistule purulente qui rejette après un temps plus ou moins long un ou plusieurs corps de provenance appendiculaire restés jusque-là enchâssés entre des adhérences ou retenus dans quelque anfractuosité de l'abcès. On sait que nous avons éliminé ce dernier genre de fistules comme ne répondant pas aux conditions voulues pour en faire une fistule pyo-stercorale.

4° Appendice excisé. Foyer vide ou exsudats plastiques. Un fil non aseptique a amené une perforation par gangrène, au pus de la fistule s'ajoutent des matières fécales.

a. — S'il existait un abcès avant l'appendicectomie : fistule pyo-stercorale.

b. — S'il n'y avait que des exsudats plastiques : fistule stercorale simple.

Nous ne nous appesantirons point sur les causes capables de favoriser l'écoulement des excreta ou d'y faire obstacle, de faire passer le pus seul par l'orifice intestinal et les matières fécales par l'orifice cutané, etc., etc.

Nous ne retiendrons qu'un fait curieux consigné dans notre observation VI; c'est l'expulsion par l'anus des liquides servant au lavage du trajet fistuleux, fait à rapprocher d'exemples connus où l'orifice intestinal était perméable aux injections poussées par le rectum.

CHAPITRE V

Symptômes. Diagnostic.

Les symptômes qui caractérisent la période d'état de la fistule pyo-stercorale, qu'elle soit ou non d'origine appendiculaire, sont sensiblement les mêmes. Blin les a si minutieusement passés en revue que nous ne pouvons que renvoyer à son travail le lecteur curieux de les analyser. Nous insisterons cependant sur quelques points présentant un intérêt particulier.

Le liquide que verse la fistule, d'ordinaire fluide, louche, verdâtre, peut répandre une odeur fétide, tantôt fécale, tantôt comme gangréneuse. Cette fétidité, plus ou moins accentuée, est parfois si intense qu'elle est capable d'empester en un instant toute la pièce où l'on vient de pratiquer l'ouverture d'une poche pyo-stercorale. L'expérience a prouvé que si cette odeur pouvait avec raison laisser croire à l'existence d'une perforation intestinale, il était cependant possible de la constater sans qu'il existât de communication entre l'intestin et le foyer purulent.

De même l'émanation de gaz par le trajet fistuleux, si elle est un signe de présomption de la perforation, n'est pas un signe de certitude. On a attribué à un travail de fermentation développé dans la cavité intermédiaire cet épanchement gazeux.

Les matières de provenance intestinale ne sont pas toujours identiques à elles-mêmes; on en trouve une première raison dans le siège occupé par la perforation sur le gros intestin ou sur l'intestin grêle; elles peuvent de plus se trouver complètement dénaturées par suite de leur macération plus ou moins longue dans le pus de l'abcès.

Nous attachons une signification particulière à la présence dans les matières excrétées à l'extérieur de tous les corps étrangers, des scybales, des calculs que les opérations d'appendicite nous ont montrés d'ordinaire incarcérés dans le vermium. On attribuait jadis à ces divers éléments une origine cœcale. Nous n'avons pas la prétention de nier que le cœcum ne puisse leur donner parfois asile; mais, règle générale, leur découverte permettra de porter le diagnostic d'appendicite perforée.

Des lavements peuvent faire irruption par la plaie cutanée, symptôme écartant immédiatement l'idée de lésion de l'intestin grêle.

Le laps de temps qui s'écoule entre les repas et l'issue des matières fécales à l'extérieur permet aussi de se rendre compte du segment d'intestin intéressé par la perforation.

Des douleurs ont été souvent signalées; elles

peuvent s'accompagner d'irradiations multiples, principalement vers le membre inférieur.

Elles devront leur cause à l'épiploïte, à des tiraillements provoqués par des adhérences, à diverses névrites, à la myosite du muscle psoas iliaque. Chandelux a décrit un cas où le nerf crural complètement disséqué par le pus, traversait, ainsi isolé, la cavité de l'abcès.

Les symptômes généraux observés sont subordonnés à l'état de santé antérieur du malade et aux troubles apportés dans la nutrition par l'évacuation de matières alimentaires plus ou moins bien assimilées.

Le diagnostic de la fistule pyo-stercorale, eu égard à l'ensemble de ses symptômes, est généralement facile. Le rappel des commémoratifs abdominaux du malade (ces derniers peuvent cependant faire défaut, Observ. VII et VIII) permet le plus souvent de voir dans une appendicite méconnue ou traitée médicalement l'origine du mal.

Tout à son début la fistule pyo-stercorale peut simuler une simple fistule purulente. La persistance d'une odeur fétide et d'un écoulement gazeux par l'orifice cutané seront les indices de l'apparition à brève échéance des matières fécales.

On ne trouvera pas de pus dans les déjections d'individus porteurs d'une fistule servant à l'évacuation d'un abcès gangréneux.

L'exploration du trajet, son débridement, au be-

soin la laparotomie, aideront au diagnostic dans les cas difficiles.

Quand l'appendicite suppurée se sera développée dans un sac herniaire, la kélotomie démontrera l'absence d'un étranglement supposé de l'intestin.

CHAPITRE VI

**Marche. Durée. Terminaison. Pronostic.
Complications.**

Les lignes suivantes, de M. Jalaguier, résument presque en entier les quatre premiers termes du titre ci-dessus :

« En général, deux à trois jours après l'opération
« (incision simple), le pansement est souillé par une
« certaine quantité de liquide stercoral, mais au bout
« de sept à huit jours la perforation se ferme. Lors-
« que l'écoulement stercoral persiste plus de quinze
« jours, il est à craindre que l'oblitération de la fis-
« tule ne se fasse longtemps attendre ; j'en ai vu qui
« ne se fermaient qu'après 2-3-4-6 mois. Enfin dans
« quelques cas, très rares, la résection de ce qui
« reste de l'appendice devient nécessaire. »

L'opinion de M. Jalaguier est corroborée avec quelques réserves concernant la tendance à la persistance de la fistule tuberculeuse, par MM. Jaccoud Hartmann et Gosset, Monod..., etc.

« Quatrefois, disait ce dernier devant la Société de chirurgie, j'ai observé de petites fistules stercorales, elles se sont toujours fermées d'elles-mêmes, sans autre intervention ».

Assurément les choses ne se passent pas toujours avec la même simplicité ; la marche de l'affection est parfois fort capricieuse ; on peut y constater des intermittences, des arrêts, des changements de nature de l'écoulement, des symptômes de rétention consécutifs à ces arrêts, le rétrécissement de l'orifice cutané nécessitant sa dilatation. L'établissement de contre-ouvertures ayant pour but l'évacuation de foyers secondaires ou la limitation de fusées purulentes s'impose parfois ; des alternatives de diarrhée ou de constipation sont susceptibles de changer la physionomie de la fistule.

Si nous ajoutons à ce qui précède que l'état général du malade, peut-être même son sexe, que le siège de la perforation intestinale, son étendue sont surtout des facteurs capables d'obvier à la guérison, l'on ne s'étonnera pas de la longueur ou de la persistance des phénomènes dans certains cas, de leur terminaison fatale dans d'autres. Mais, en règle générale, le pronostic à porter est plutôt favorable.

Six de nos observations, sur neuf, viennent prêter leur appui à cet optimisme.

Deux sortes de complications peuvent s'observer pendant l'évolution de la fistule pyo-stercorale ; les unes sont inhérentes à l'existence de la fistule, les autres sont sous la dépendance de l'appendicite.

a. — On constate assez fréquemment sur le pourtour de l'orifice cutané des rougeurs, de l'érythème, des excoriations, des poussées d'érysipèle. Cet orifice, sous l'influence de la rétraction cicatricielle, peut se retrécir, donnant lieu ainsi à des phénomènes de rétention et à la production de fistules secondaires. La longueur de la suppuration et les troubles apportés à la nutrition peuvent épuiser le malade; la fièvre hectique se déclare, la diarrhée est continuée et la mort survient dans le marasme.

La perforation de la vessie a été signalée. La péritonite généralisée, complication mortelle, est excessivement rare.

b. — L'appendicite reconnaît à son actif la pyléphlébite, les abcès du foie, la pleurésie séreuse ou purulente, les abcès du poumon, la congestion pulmonaire, la spléno-pneumonie, l'endocardite, la phlébite du membre inférieur, des abcès viscéraux d'origine infectieuse.

L'établissement d'un anus contre-nature peut devenir nécessaire dans certains cas d'appendicite suppurée avec perforation. Nous en connaissons deux exemples; l'un est relaté tout au long dans notre observation II, l'autre a été rapporté par M. Villar, de Bordeaux, lors de la réunion du deuxième Congrès de médecine interne.

Terminons ce chapitre en signalant la rareté de la récurrence de la fistule pyo-stercorale, récurrence parfois due à des fatigues suivant de trop près la guérison. (Obs. I).

CHAPITRE VII

Traitement.

Nous ne parlerons que pour mémoire du traitement médical de la fistule pyo-stercorale, traitement dont les badigeonnages ou les injections irritantes constituaient les agents les plus efficaces mais par trop insuffisants.

Le traitement chirurgical a varié suivant l'importance que les chirurgiens reconnaissaient à tel ou tel des éléments constitutifs de la fistule dans la persistance des phénomènes.

L'oblitération de la cavité intermédiaire a d'abord semblé la première condition à réaliser pour mettre fin à l'épanchement pyo-stercoral. On considérait un peu plus tard qu'il était nécessaire de s'attaquer en même temps à l'orifice intestinal. Aujourd'hui c'est principalement par la suppression de cet orifice que l'on entreprend la cure de la fistule pyo-stercorale, les manœuvres que l'on pratique sur la cavité intermédiaire et le trajet fistuleux n'ayant pour

objet que d'aider au processus cicatriciel qui tend par lui-même à combler les pertes de substance.

C'est en s'appuyant sur ces différentes données que Vaucher a rassemblé en trois groupes les modes d'intervention imaginés en vue de remédier à la fistule pyo-stercorale :

1^o Thérapeutique incomplète portant seulement sur la cavité de l'abcès.

2^o Modification profonde du trajet fistuleux, de la cavité intermédiaire et de l'orifice intestinal (Verneuil).

3^o Fermeture de l'orifice intestinal. Cure radicale (Trélat).

Il ne rentre pas dans le cadre que nous nous sommes tracé de décrire les différents manuels opératoires répondant aux nombreuses indications auxquelles peut donner lieu la fistule pyo-stercorale ; aussi nous en tiendrons-nous à rappeler les conclusions qu'a exposées devant le Congrès de Chirurgie de 1895, M. le professeur Le Dentu, et qui résument les divers traitements applicables aux fistules stercorales et à l'anus contre nature :

« 1^o En ce qui concerne les fistules stercorales de
« petites dimensions, la cautérisation ignée et les
« procédés autoplastiques directs peuvent donner de
« bons résultats ; mais les échecs de ces derniers
« sont nombreux et on ne peut pas dire qu'ils soient
« d'une bénignité absolue.

« Les mêmes moyens sont applicables aux fistules
« pyo-stercorales ; mais le débridement et la désin-

« section du foyer et des clapiers doit précéder
« toute tentative d'occlusion.

« L'échec de ces méthodes conduit forcément à
« l'emploi d'une de celles qui conviennent aux
« grandes fistules et aux anus contre nature.

« 2° En ce qui concerne les grandes fistules et
« les anus contre nature, l'entérotomie de Dupuy-
« tren, même avec le secours ultérieur des auto-
« plasties complémentaires, donnant un quart d'in-
« succès, ne peut être considérée comme entière-
« ment satisfaisante. Cependant sa mortalité de
« 3,54 o/o lui permet de supporter la comparaison
« avec l'entérectomie, dont la mortalité est encore
« de 26,49 o/o.

« En revanche, la mortalité de l'entérorraphie laté-
« rale étant nulle (au moins d'après les 24 cas pu-
« bliés), il y a tout avantage à employer cette mé-
« thode dans les circonstances suivantes :

« a. — En cas d'échec dans le traitement d'une
« fistule simple ou pyo-stercorale par la cautérisa-
« tion ou la méthode autoplastique;

« b. — Quand on a affaire à une grande fistule ou
« à un anus contre nature sans éperon;

« c. — Lorsque l'anús contre nature présente un
« éperon peu développé ou pas assez développé
« pour empêcher tout passage de matières dans le
« bout inférieur; mais alors l'entérorraphie latérale
« intervient comme deuxième temps d'une méthode
« mixte dont le premier temps doit être la kentro-
« tomie ou section de l'éperon.

« Si la séparation des deux bouts est complète ou
« presque complète, si le bout inférieur est oblitéré
« l'entérectomie doit être la méthode de choix.

« Certaines circonstances peuvent la rendre impra-
« ticable dans de bonnes conditions; on trouve alors
« dans l'entéro-anastomose une dernière et précieuse
« ressource ».

Il est cependant certaines fistules pyo-stercorales dont le traitement ne ressemble en rien aux précédents; ce sont celles dont l'orifice interne siège sur l'appendice; une de nos observations (VIII) rapporte un cas de ce genre. L'appendicectomie devra dans les cas semblables être l'opération de choix; les risques à courir pour le malade sont réduits au minimum de la guérison et la fistule est pour ainsi dire instantanée.

Nous ferons dans ce chapitre une place spéciale à l'absence de traitement de la fistule pyo-stercorale d'origine appendiculaire succédant à l'ouverture d'un foyer péri ou para-appendiculaire. Sur quatre observations que nous avons pu réunir répondant à ces conditions, quatre fois la guérison a été spontanée. Nous estimons donc, en présence de ces faits, que le temps consacré à l'expectative ne sera pas du temps perdu.

Que si l'oblitération du trajet se faisait trop attendre ou était rendue nécessaire par quelque motif impérieux, l'on opérerait alors comme il a été dit plus haut.

Il va de soi qu'une antisepsie aussi complète que possible des téguments et de l'intestin devra être observée pendant la période d'état de la fistule.

CONCLUSIONS

I. — La fistule pyo-stercorale ne donne actuellement lieu qu'à de rares observations : la presque totalité des cas relatés dans celles-ci est imputable à l'appendicite. La résection hâtive du vermium, en créant une sorte de prophylaxie de la fistule pyo-stercorale, rend compte de cette heureuse rareté.

II. — La fistule pyo-stercorale consécutive à l'appendicite offre un ensemble de symptômes qui lui sont communs avec les autres fistules pyo-stercorales. La perforation de l'appendice vermiculaire pourra cependant être soupçonnée quand on aura constaté dans le liquide épanché au dehors la présence de graines végétales, de concrétions stercorales les simulant à s'y méprendre, de calculs biliaires ou intestinaux, de corps étrangers de petite dimension hôtes ordinaires du canal de l'appendice.

III. — Le cœcum et l'appendice vermiculaire sont les sièges d'élection de l'orifice interne de la fistule.

Le siège de l'orifice cutané est subordonné à celui de l'abcès intermédiaire, subordonné lui-même à la place occupée par l'appendice dans les cavités abdominale ou pelvienne.

IV. — En présence d'une fistule pyo-stercorale spontanée ou succédant à l'ouverture d'un abcès de la fosse iliaque, d'un abcès périnéphrétique, ou de tout autre abcès de la cavité abdominale, le chirurgien, s'il n'en peut immédiatement découvrir la cause, devra penser au rôle que peut jouer l'appendice dans la production de ces divers phénomènes et s'enquérir des symptômes gastro-intestinaux qu'a pu éprouver le sujet qu'il examine. L'analyse de ces derniers décèlera le plus souvent une ou plusieurs crises d'appendicite.

V. — Le chirurgien ayant fait l'incision d'un abcès estimé d'origine appendiculaire devra, si rien ne vient infirmer son diagnostic, se mettre aussitôt à la recherche de l'appendice et procéder à son abrasion si possible.

Si l'isolement de cet organe est impraticable ou si ce dernier, spontanément amputé dans sa totalité, laisse après lui, au point d'implantation de sa base, une perforation du cœcum, le chirurgien se bornera à drainer l'abcès par la large incision qu'il aura dû pratiquer.

La fistule ainsi créée guérira le plus souvent d'elle-même dans un temps variable. De grands lavages et un régime alimentaire approprié aideront dans une large mesure à cette guérison.

De grandes fistules traitées de la sorte se sont parfaitement oblitérées.

VI. — Au cas où il deviendrait nécessaire d'entreprendre la cure médicale de la fistule, c'est l'enté-

rorraphie latérale, l'intestin étant libéré de ses adhérences, qui sera la méthode de choix à employer.

VII. — On a signalé l'existence d'anuses contre nature consécutifs à l'opération de l'appendicite suppurée.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite).

Communiquée par le Dr Mauc laire.

Enfant de 8 ans, a présenté en 1897 un ensemble de symptômes (nausées, vomissements, péritonitisme) simulant une attaque d'appendicite. Durée 48 heures et rétrocession des phénomènes.

Le 15 mars 1899. — Nouvelle crise. Le diagnostic ferme d'appendicite est porté.

Les phénomènes vont en gagnant d'intensité jusqu'au 18 mars, jour où un violent frisson triomphe des hésitations des médecins au point de vue de l'intervention. Celle-ci est décidée.

M. Mauc laire examine le jeune malade à 9 heures du soir et pense à l'existence d'un abcès péri-appendiculaire.

Opération le 19 à 7 heures du matin.

Le ventre ouvert par le procédé de l'incision classique de Roux, on ne trouve d'abord, limitant la cavité péritonéale, que quelques adhérences péri-coëcales.

Puis, le coëcum ayant été soulevé, on donne issue à un flot de pus sanieux, d'odeur fécaloïde très prononcée et mélangé de matières noirâtres.

Dans ces conditions, par mesure de prudence, l'opérateur crut devoir s'abstenir de rechercher l'appendice.

A la suite de l'intervention, la température, jusque-là de 41°, tombe.

La plaie opératoire laisse écouler un peu de pus, mais ce pus est mélangé de matières fécales. Pas de pus dans les matières fécales sortant par l'anus.

Le 25 mars. — Six jours après l'incision, la température, alors voisine de la normale, s'élève brusquement à 38°1. Rien n'explique cette nouvelle ascension, pas de rétention de pus en apparence; d'ailleurs la fièvre ne tarde pas à tomber à nouveau.

15 jours après, 10 mai, on ne constate plus la présence des matières fécales dans le pus.

Il persiste encore une fistulette purulente simple qu'on constate encore un mois après. Cette fistulette est due probablement à ce que l'appendice a été laissé en place pour la raison indiquée tout à l'heure.

15 juin. — Guérison complète de la fistule.

15 juillet. — M. Mauclaire est appelé de nouveau près de l'enfant, la fistule s'est rouverte spontanément à la suite d'un déplacement momentané du jeune malade à la campagne.

M. Mauclaire se propose d'inciser le trajet et d'enlever ce qui doit rester de l'appendice.

OBSERVATION II (inédite).

Communiquée par le Dr Mauclaire.

Femme de 20 ans, entrée en mai 1897, dans le service de M. le professeur Le Dentu, salle Lenoir.

Opérée d'urgence pour phlegmon de la fosse iliaque droite par M. Potherat qui, en présence de l'issue d'un mélange de pus et de matières fécales, décide l'établissement, dans la région de la fosse iliaque droite, d'un anus artificiel.

La malade est examinée le lendemain par M. Mauclaire qui

pense se trouver là en présence d'un foyer appendiculaire et cela avec d'autant plus de certitude que la malade a déjà eu à souffrir d'une attaque nettement imputable à une poussée d'appendicite.

Deux jours après l'intervention de M. Potherat, ouverture d'un second foyer purulent simple, sans matières fécales.

Cinq jours plus tard, mort par péritonite généralisée.

L'examen nécroscopique montre que la péritonite était due à l'épanchement des matières fécales dans la cavité péritonéale.

Il permet de constater la disparition complète par gangrène de l'appendice iléo-cœcal.

Il démontra de plus que l'ouverture de l'anüs contre nature se serait faite spontanément si le chirurgien n'était déjà intervenu.

OBSERVATION III

Pauchet, in Appendicite (Maloine, 1899).

Lucien L..., âgé de 9 ans, est souffrant de troubles digestifs depuis 2 jours. Le 6 mai, 1897 le D^r Rinuy (de Moreuil) est appelé et constate une douleur vive au point de Mac-Burney, une température de 38°5. un pouls à 120, de la constipation, du météorisme, des vomissements alimentaires et bilieux. Le médecin applique de la glace et administre 8 à 10 centigrammes d'opium par jour. Au bout de 3 jours de traitement médical, les phénomènes s'amendent, la température tombe jusqu'au 17 mai.

Le 17 mai. — La température remonte à 39, 39°5. Facies péritonéal. Météorisme très prononcé. Pas d'empatement dans la fosse iliaque. Pouls à 130.

Le 18 mai. — J'incise la paroi abdominale à droite ; un flot de pus est évacué, je place un drain et quatre points de suture.

Pendant les jours suivants, la température ne tombant pas, M. Rinuy fait sauter les points de suture, et fait chaque jour de grands lavages à la solution d'eau salée ; la température baisse.

Le 3 juin. — Douleur et tuméfaction à gauche, la température monte à 39°.

Le 6 juin. — On se prépare à une contre ouverture à gauche, quand le second abcès s'ouvre de lui-même dans la cavité. En pressant avec l'aide des doigts en un point quelconque de la fosse iliaque gauche ainsi qu'au niveau de l'hypogastre, on fait sortir du pus en abondance par la première incision. Il s'agissait donc d'un vaste abcès s'étendant à toute la partie inférieure de la cavité abdominale.

Il persista pendant quelques semaines une fistule stercorale qu'il finit par s'oblitérer.

L'enfant se remit rapidement. Il n'est pas resté d'éventration. La guérison était absolue le 15 juillet.

OBSERVATION IV

Pauchet, in Appendicite.

Mlle S..., 26 ans. A eu à deux reprises différentes des accidents abdominaux. A la deuxième attaque un abcès s'ouvre dans le triangle de Scarpa, partie externe ; cet abcès se vide ; mais il persiste un orifice qui se ferme et se rouvre de temps à autre pour laisser écouler un liquide séro-purulent, ayant parfois l'odeur des matières fécales.

J'explore le trajet ; je puis à peine constater qu'il se dirige vers l'arcade crurale. Incision de la paroi abdominale au-dessus de l'arcade et parallèlement à elle ; je trouve un foyer immédiatement au-dessus de cette arcade ; je trouve et je décolle l'appendice, je draine. Fistule stercorale pendant 3 semaines, puis guérison complète.

OBSERVATION V

In thèse Siron.

Aug. V..., 10 ans, sans profession, opéré le 20 décembre 1890.

Cet enfant a été pris brusquement, il y a 9 jours, de vomissements. Les parents, croyant à une indigestion, le purgent, mais il vomit sa purgation.

Le lendemain 1^{er} décembre, le Dr Dubarry le voit et constate qu'il n'a pas rendu de gaz ; il se plaint d'une douleur vive en un point limité de la fosse iliaque droite ; la température a été de 38° le matin, de 39° le soir.

5 décembre. — Les crises douloureuses se multiplient, on n'obtient des selles que par l'administration de lavements.

7 décembre. — Le ventre se tuméfie, on commence à sentir une induration à droite.

8 décembre. — Des vomissements alimentaires ont lieu. On met un vésicatoire sur le point douloureux.

10 décembre. — Il y a des vomissements porracés ; l'enfant a un faciès grippé, le ventre est dur, ballonné, douloureux dans toute son étendue. Le pouls est rapide, M. Routier fait anesthésier l'enfant pour aider au diagnostic.

Il constate sous le muscle grand droit du côté droit, dans la partie sous-ombilicale, une zone mate et empâtée. Le reste de l'abdomen est sonore.

L'intervention, indiquée, est acceptée par les parents et M. Routier fait, sans réveiller l'enfant, une laparotomie latérale au niveau de l'épine iliaque droite. Il passe d'abord au-dessous du péritoine sur le fascia iliaque où un ganglion vient faire saillie. Tous le prennent pour l'appendice ; mais M. Routier sent qu'il soulève la zone empâtée, il déchire le péritoine et voit sortir un flot de pus infect. Il fouille prudemment avec le doigt au milieu du foyer, fait un lavage naphtholé et draine avec de longues mèches de gaze iodoformée.

Il y eut d'abord un léger mieux, mais le troisième jour après l'opération la péritonite reprit son cours et l'enfant mourut de péritonite.

Il a coulé des matières fécales par l'incision de la laparotomie dès le premier jour.

OBSERVATION VI (inédite).

Communiquée par M. le Dr Picqué.

R... Eugénie, 28 ans, salle Gerdy, lit n° 12.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de péritonite ?

Antécédents personnels. — Soignée 6 mois pour salpingite double, opérée ensuite par M. Lejars pour hématocele.

Vers la fin de janvier la malade accuse des douleurs très violentes dans la région lombaire droite. Léger mouvement fébrile, urines troubles.

Le 4 février. — Douleurs violentes au creux épigastrique accompagnées de vomissements alimentaires et bilieux. Les douleurs débutent vers 5 heures du soir. Dans la nuit douleur dans la fosse iliaque droite de plus en plus intense. Les vomissements continuent. Constipation. Pas de douleurs dans le membre inférieur droit.

Les symptômes précédents vont avec une intensité croissante jusqu'à l'entrée de la malade dans le service.

10 février. — Température 38°,8.

Examen clinique. — Il existe dans la région du flanc droit une tumeur dont les limites sont les suivantes : extrémité inférieure à deux travers de doigt de l'épine iliaque antéro-supérieure ; on sent un prolongement qui se dirige dans la fosse iliaque. L'extrémité supérieure s'enfonce presque sous la face inférieure du foie. La tumeur ne se déplace pas avec ce dernier dans les mouvements respiratoires. Elle s'arrête en dedans à deux travers de doigt de l'ombilic. En arrière elle a le point de contact avec la fosse lombaire.

Il existe un ballonnement rénal des plus caractérisés. La percussion révèle la présence du côlon en avant de la tumeur. Sonorité de toute la région envahie.

On pense à un abcès périnéphrétique, à une pyonéphrose, etc.

Opération le 12 février. — Incision lombo-iliaque. Il s'agit d'une collection péri-cœcale d'origine appendiculaire. Il est sorti un pus abondant contenant deux petits calculs stercoraux.

L'introduction du doigt dans la cavité permet de sentir de nombreuses adhérences du côté du rein. Le doigt file au contraire dans la fosse iliaque.

Les jours suivants, écoulement de quelques matières fécales. Les liquides qui servent à laver la plaie sont rendus par l'anus.

Au bout de quelque temps les matières disparaissent du pus excrété ; la fistule purulente dure encore un peu, laissant échapper à un moment quelques gaz, puis guérison complète et sortie de l'hôpital le 18 mars.

OBSERVATION VII (inédite).

Résumée et communiquée par M. le Dr Picqué.

Madame O..., bonne santé habituelle, n'a jamais accusé de symptômes gastro-intestinaux.

Présente depuis quelques mois de l'amaigrissement et une diminution notable des forces.

Il y a trois semaines environ, s'est aperçue dans la région lombaire droite, de la présence d'une tuméfaction indolente dont le volume s'accroît très lentement.

Appelé près de cette malade, M. Picqué constate au niveau de la région lombaire une tuméfaction notable, présentant le volume des deux poings réunis, située un peu plus bas que le rein et semblant s'enfoncer un peu dans la fosse iliaque correspondante. Fluctuation profonde, pas de douleur à la pression.

M. Picqué hésite entre le diagnostic de collection péri-rénale ou d'abcès d'origine appendiculaire bien que la malade n'ait jamais présenté aucune crise d'appendicite, Elle déclare aussi n'avoir jamais rien observé d'anormal du côté des urines.

Opération pratiquée en décembre 1898 chez les religieuses de la rue Oudinot. M. Picqué fait au niveau du point le plus saillant de la tumeur une incision verticale légèrement recourbée par en bas. Il en sort une quantité considérable de pus légèrement

fétide. Pas de matières fécales. L'exploration de la poche ne permet pas de découvrir le rein, mais elle montre que le foyer se prolonge manifestement en bas dans la fosse iliaque.

Les jours suivants l'ouverture cutanée livra passage à une véritable débâcle de matières fécales, ce symptôme avait même fait penser à l'évolution d'un cancer intestinal.

De grands lavages sont pratiqués à l'aide d'une solution de chloral au 1/100.

La quantité de matières fécales sortant par la plaie reste longtemps considérable.

Peu à peu, cependant l'écoulement se modère grâce au régime alimentaire imposé à la malade.

Le 15 juin 1899. — M. Picqué revit Mme O..., elle était complètement guérie, la fistule était tarie.

OBSERVATION VIII

Villar, in Archives cliniques de Bordeaux, année 1897.

Le 15 août de l'année 1897, j'avais l'honneur d'être appelé à suppléer le professeur Lanelongue à l'hôpital Saint-André : je trouvais dans le service un jeune homme de dix-neuf ans, qui y était entré, quelque temps auparavant, pour se faire traiter d'une lésion tuberculeuse de la région sacro-iliaque. M. Lanelongue avait fait un grattage étendu et même enlevé quelques portions osseuses ; en un mot il avait opéré *largà manu*, voulant se mettre à l'abri d'une récurrence.

Lorsque je pris le service, la plaie était en bonne voie de guérison et, un mois après, le 18 septembre, le jeune malade quittait l'hôpital presque complètement guéri.

Le 21 septembre, il s'aperçoit qu'il rend des pépins de raisin par la région sacrée; aussi se décide-t-il à entrer de nouveau dans le service; il y entre en effet le 24 septembre:

L'examen pratiqué à cette époque nous permit de constater: 1° des cicatrices adhérentes, vestiges de l'opération antérieure; 2° à peu près au centre de la région cicatricielle un orifice fistuleux, laissant passer facilement une sonde cannelée; celle-ci s'enfonçait assez profondément. Par l'orifice fistuleux s'écoulaient, les jours suivants, des matières fécales et quelques pépins de raisin.

Il fallait évidemment intervenir: je circonscris la fistule par une incision elliptique étendue et je vais à la recherche de la portion intestinale lésée; celle-ci était située très loin, car je dus, avec la gouge et le maillet, faire sauter quelques parcelles osseuses.

M'étant ainsi donné du jour, je tombai sur un organe bien calibré, du volume d'une plume à écrire, tapissé d'une muqueuse à l'intérieur; à n'en pas douter c'était l'appendice vermiculaire. Je réséquai cet organe aussi loin que possible et je suturai l'orifice intestinal par le procédé de l'abrasion qui a donné de si beaux résultats entre les mains de son inventeur, mon ami A. Chaput, et auquel j'ai eu plusieurs fois recours avec plein succès.

Comme il était impossible de suturer complètement la plaie anfractueuse qui m'avait conduit sur l'intestin, je me contentai de la bourrer en grande partie avec de la gaze iodoformée.

Les suites de l'opération furent des plus simples; il n'est plus rien sorti par la région sacrée, la défécation s'est maintenue tout-à-fait normale.

Bref le malade quitte l'hôpital le 4 novembre; la plaie n'est pas encore complètement cicatrisée à cette époque, mais elle bourgeonne à merveille; l'état général du malade est excellent.

OBSERVATION IX

In-thèse Briançon, résumée d'après Thurnam.

En juillet 1845, un homme de soixante ans se présente à l'hôpital de Middlesex, porteur d'une affection du testicule droit. Aucun renseignement de la part du malade. Une douleur vive s'oppose à la recherche du testicule. Bientôt se forme avec rapidité, à la partie inférieure du scrotum, un abcès qui, en s'ouvrant, laisse passer d'abord un pus de bonne nature qui par la suite prend une mauvaise couleur et une odeur infecte. On émet l'hypothèse d'une communication entre l'abcès et l'intestin. Le malade meurt.

L'autopsie établit la présence à la base de l'appendice hernié, d'une perforation laissant échapper les matières fécales dans le sac herniaire et dans le tissu cellulaire du scrotum.

Vu par le Président de la thèse,
LE DENTU

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD et BROCA. — Bactériologie de vingt cas d'appendicite suppurée. Bull. de la Soc. méd. des hôp., 26 mars 1897.
- BLIN. — Étude sur les fistules pyo-stercorales consécutives aux abcès phlegmoneux de la cavité abdominale et indépendantes des hernies. Thèse Paris, 1879.
- BOUILLY. — Pathologie externe, Reclus, Kirmisson, Peyrot, Bouilly, tome III, typhlite, pérityphlite, appendicite.
- BRIANÇON. — Contribution à l'étude des hernies et de l'appendicite herniaire. Thèse Paris, 1897.
- BRUN. — Traité de maladies de l'enfance. Grancher, Comby-Marfan. Art. Appendicite, tome III, p. 105.
- BULLETINS et MÉMOIRES de la Société de chirurgie de 1890 à 1899 inclus, particulièrement séance du 10 juill. 1895.
- CHAPUT. — Revue gén. de clin. et thérapeut., n° 40, 1890.
- DIEULAFOY. — Patholog. interne, tome III, p. 341.
- DÖRFLER. — Appendicite. Analyse in Presse médic., n° 48, 1899.
- DUPLAY et FOLLIN. — Pathologie externe, tome V, art. Phlegmon iliaque.
- FAVRE. — Histoire des perforations spontanées de l'appendice iléo-coecal. Thèse Paris, 1851.

- GORDON (Mlle). — L'appendicite chez l'enfant. Th. Paris, 1896, p. 101.
- GUINARD (A.). — Traité de chirurgie, Le Dentu-Delbet, t. VII, art. Appendicite, p. 464.
- GUYOT. — Contribution à l'étude des fistules stercoro-purulentes. Thèse Paris, 1885.
- HARTMANN et GOSSET. — Traité de chirurgie, Duplay-Reclus, t. VI. 2^e édit. Art. Fistule pyo-stercorale, p. 912.
- JACCOUD. — Pathologie interne, t. II, p. 332.
- JALAGUIER. — Traité de chirurgie, Duplay-Reclus, t. VI, 2^e édit., art. Appendic., p. 501.
- JONNESCO. — Cœcum et appendice in Anatomie, Poirier, t. IV. p. 309.
- KRAFFT. — Revue médicale de la Suisse Romande, oct. 1888-avril 1889.
- KOUINDJY. — De l'appendicectomie et accidents consécutifs. Thèse Paris, 1898.
- LE DENTU. — Du traitement des fistules stercorales et de l'anus contre nature. 9^e Congrès de chirurgie, 1895, p. 225.
- LE GENDRE. — Typhlites et appendicites. Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, 1894, p. 859.
- LETULLE et WEINBERG. — Archives de médecine, 1897, n^{os} 5 et 6.
- LEVREY. — Du rôle de l'épiploïte aiguë ou chron. au cours de l'appendicite. Th. Paris, 1899.
- MAUNY. — Note lue au neuvième Congrès de chirurgie, 1895, p. 258.
- MAURIN. — Essai sur l'appendicite et la péritonite appendiculaire. Th. Paris, 1890, p. 33.
- MONOD et VANVERTS. — Appendicite, Coll. des aide-mémoires scientifiques. Masson, 1898.

- PAUCHET. — Appendicite, Maloine, 1899.
- PAULIER. — Contribution à l'étude de la typhlite et de la pérityphlite. Th. Paris, 1875, p. 33 et 59.
- RECLUS. — De l'appendicite tuberculeuse. Bull. méd., 1893, p. 587.
- ROUX. — Revue médicale de la Suisse Romande, avril et mai 1890.
- SIRON. — De l'intervention précoce dans les péritonites aiguës diffuses d'origine appendiculaire. Th. Paris, 1898.
- TALAMON. — Pérityphlite et appendicite, Biblioth. Charcot-Debove, 1890.
- TERMET et VANVERTS. — De la prédominance des symptômes à gauche dans l'appendicite. Gazette des hôpitaux, 9, 11, 16, 20 ; mars 1897.
- TRÉCOURT. — Mémoire et observations de chirurgie, 1769, p. 147.
- TRÉLAT. — Des fistules pyo-stercorales. Progrès méd., 1868.
- TUFFIER et HALLION. — De l'interv. dans les pérityphlites. Arch. gén. méd., sept. 1890.
- VAUCHER. — Contribution à l'étude des fistules pyo-stercorales. Th. Paris, 1889.

